



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Kiinnipito nuorisopsykiatrisen potilaan kokemana - kirjallisuuskatsaus

Kukkola, Aino

Laineenoja, Emma

2015 Laurea Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Tikkurila

Kiinnipito nuorisopsykiatrisen potilaan kokemana - kirjallisuuskatsaus

Kukkola, Aino & Laineenoja, Emma
Hoitotyö
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2015

Kukkola, Aino
Laineenoja, Emma

Kiinnipito nuorisopsykiatrisen potilaan kokemana - kirjallisuuskatsaus

Vuosi	2015	Sivumäärä	37
-------	------	-----------	----

Tutkimuksellinen opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena nuorten kiinnipidosta psykiatrisessa hoidossa nuorten kokemana. Opinnäytetyö kuuluu Laurea-ammattikorkeakoulun ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) psykiatrisen tulosyksikön Peijaksen sairaalan kliinisen hoitotyön hankkeeseen. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten psykiatrisessa hoidossa oleva nuori kokee kiinnipidon. Opinnäytetyön tavoitteena on koota selkeästi ja kattavasti aiheesta tällä hetkellä saatavilla olevaa tietoa sekä hyödyttää psykiatrisen hoitotyön ammattilaisia ja aiheesta kiinnostuneita hoitoalan opiskelijoita.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Hakujen jälkeen analysoitavaksi päätyi kolme tutkimusta, joista kaksi on toteutettu Suomessa ja yksi Israelissa, ja joissa pääpaino on eristämisessä tai lepositeiden käytössä. Nuoret kokivat rajoittavat toimenpiteet pääasiassa ahdistavina, autonomiaa rajoittavina ja henkisesti raskaina. Kirjallisuuskatsauksen tuloksista ei voi tehdä luotettavia johtopäätöksiä aiheeseen liittyen, mutta jatkotutkimuksille on selkeästi tarvetta. Jatkotutkimusaiheina voisikin esittää laadullisen tutkimuksen nuorten kiinnipitokokemuksista sekä nuorten esittämät vaihtoehdot fyysiselle rajoittamiselle.

Nuori, psykiatria, kiinnipito, fyysinen rajoittaminen

Kukkola, Aino
Laineenoja, Emma

Physical restraint experienced by youth in psychiatric care - a literature review

Year	2015	Pages	37
------	------	-------	----

This thesis is a literature review on physical restraining of youth psychiatric care. The thesis is part of the clinical nursing project between Laurea University of Applied Sciences and the psychiatric branch of Peijas hospital of the Hospital District of Helsinki and Uusimaa. The purpose of this thesis is to clarify how youth experience physical restraintment in psychiatric care. The aim of this thesis is to clearly and comprehensively gather the knowledge currently available on the subject and to benefit the professionals of psychiatric nursing and the nursing students interested in the topic.

The thesis was carried out as a descriptive literature review. After the search phase there were three studies to analyse of which two were carried out in Finland and one in Israel, and in which the focus was on confinement and mechanical restraining. The youth primarily experienced the restraining distressing, autonomy restricting, and mentally burdening. Reliable conclusions cannot be drawn on the subject based on this thesis, but clearly there is a demand for further studying. Possible subjects to be studied could be a qualitative study on the experiences of youth on restraining and the alternatives the young suggest for physical confinement.

Adolescent, psychiatry, restraintment, physical restraining

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Teoreettinen viitekehys.....	6
2.1	Nuori, nuoruus ja kehitys	6
2.2	Mielenterveys	7
2.2.1	Nuorten mielenterveysongelmat	8
2.2.2	Nuorisopsykiatrisen potilaan väkivaltariski	10
2.2.2.1	Aikaisempiin elämänvaiheisiin liittyvät riskitekijät	10
2.2.2.2	Sosiaaliset ja tilannesidonnannaiset riskitekijät	11
2.2.2.3	Yksilöön liittyvät riskitekijät	12
2.3	Kiinnipito	12
2.3.1	Kiinnipitoa koskeva lainsäädäntö	13
2.3.2	Muita fyysisen rajoittamisen keinoja	14
3	Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymys	15
4	Menetelmän kuvaus.....	15
4.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	15
4.2	Aineiston hankinta	16
4.3	Aineiston kuvaus.....	17
4.4	Aineiston analyysi	18
5	Tulokset.....	21
5.1	Tutkimusten luotettavuus	21
5.2	Tulosten tarkastelu	22
6	Luotettavuus ja eettisyys	23
7	Pohdinta	24
	Lähteet	28
	Taulukot	31
	Liitteet	32

1 Johdanto

Tämän tutkimuksellisen opinnäytetyön menetelmänä on kirjallisuuskatsaus koskien nuorten kiinnipitoa psykiatrisessa hoitotyössä. Opinnäytetyö kuuluu Laurea-ammattikorkeakoulun ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) psykiatrian tulosyksikön Peijaksen sairaalan kliiniseen hoitotyön hankkeeseen. Tässä opinnäytetyössä rajaamme myöhäisnuoruuden pois, sillä Suomessa täysi-ikäiset potilaat hoidetaan aikuispuolella, jota säätelee erilainen lainsäädäntö. Myös kiinnipidon indikaatiot ovat aikuispuolella erilaiset kuin alaikäisten hoidossa.

Tutkimuksesta riippuen noin joka neljännellä tai joka viidennellä nuorella on häiriötasoisia mielenterveyden ongelmia. Mielenterveysongelmat vaikuttavat heikentävästi nuoren elämäntilaan. Hoitamatta jääneellä mielenterveyden häiriöllä voi olla pitkäaikaisia vaikutuksia myös nuoren myöhemmässä elämässä. (ks. Aalto-Setälä 2010: 24-29.) Nuorten mielenterveysongelmien hoito on tärkeää paitsi yksilötasolla, myös yhteiskunnallisesti, sillä mielenterveysongelmat ovat yksi yleisesti tunnettu syrjäytymisen taustatekijä.

Kiinnipito voi väärin toteutettuna aiheuttaa fyysisiä tai psyykkisiä vammoja ja vaaratilanteita kaikille osapuolille. Etenkin nuoren hoitomyöntyvyyden ja psyykkisen kehityksen kannalta on tärkeää, ettei kiinnipito ole traumaattinen kokemus. Kiinnipidon toteutus on useimmiten niminomaan hoitajien vastuulla, joten asiantieto aiheesta on tarpeen.

Tarkoituksenamme oli selvittää, miten psykiatrisessa sairaalahoidossa oleva nuori kokee kiinnipidon. Toimeksiantajanamme toimi Peijaksen sairaalan psykiatrian tulosyksikkö. Kirjallisuuskatsaus antaa kuvan tulevaisuuden tarpeista, ja sen kautta on mahdollista hahmottaa, mitä jo tiedetään ja mitä tulisi mahdollisesti vielä selvittää. Tavoitteena oli uuden aihetta koskevan tiedon tuottaminen toimeksiantajan käyttöön hoitotyön kehittämistä varten.

2 Teoreettinen viitekehys

2.1 Nuori, nuoruus ja kehitys

Nuoruusikä on ajanjaksona häilyvä ja se voidaan jakaa fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen kehityksen mukaan eri kehitysvaiheisiin. Karkeasti nuoruus voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen: varhaisnuoruus (12-14 vuotta, puhutaan myös murrosiästä), keskinuoruus (15-17 vuotta) ja myöhäisnuoruus (18-22 vuotta). (Huurre, Marttunen, Strandholm & Viialainen 2013: 7-8.)

Nuoruuteen kuuluu erilaisia kehitystehtäviä, jotka kaikki tähtäävät autonomiaan eli itsenäisyyteen. Tärkeä kehitystehtävä on irrottautuminen lapsuuden vanhemmista ja uuden, aikuisen

suhteen luominen heihin. Kehitystehtävänä ovat myös muuttuvan ruumiinkuvan ja seksuaalisuuden ymmärtäminen sekä sosiaaliset suhteet ikätovereihin. (Aalberg & Siimes 2007: 67-68.)

Varhaisnuoruus lasketaan alkavaksi usein murrosiän fyysisistä muutoksista, kasvupyrähdyksestä ja seksuaalisuuden heräämisestä. Varhaisnuoruuden aikana nuori saattaa koetella vanhempiaan haastamalla heitä pienistä asioista, kuten vaatteista tai rahankäytöstä. Toisaalta kuitenkin voi olla myös aikoja, jolloin vanhemmat ovat kaikki kaikessa, ja nuori kaipaa läheisyyttä. Nuori voi olla murrosiässä ailahtelevainen, ja tunteiden kuvailu sanallisesti voi olla vaikeaa. Toimintakyky saattaa varhaisnuorella tilapäisesti järkkyyä, mutta sen pitäisi ajan kuluessa palautua normaalille tasolle. (Hurre ym. 2013: 8.)

Keskinuoruudessa nuori alkaa usein jo sopeutua murrosiän tuomiin fyysisiin muutoksiin ja käytös tasaantuu ja tunteet eivät välity tahattomasti. Keskinuoruudessa nuoren riippuvuus vanhemmista vähenee ja ystävät ovat entistä tärkeämpiä. Myös seurustelusuhteiden ja seksuaalisuuden merkitys korostuvat. (Hurre ym. 2013: 9.)

Psykkisiin muutoksiin nuoruudessa lasketaan esimerkiksi tunteiden tunnistaminen ja säätely ja oman toiminnan suunnitelmallinen ohjaus. Nuori ei pysty vielä täysin hillitsemään tunteitaan ja hän saattaaakin ilmaista niitä hyvin avoimesti ja miettimättä. Myöhemmässä vaiheessa aikuiset osaavat jo rajoittaa tunteitaan ja pohtia omaa käytöstään. Nuorten aivot ovat myös aikuisen aivoja herkemmat ärsykeille, kuten päihteille ja stressille. (Hurre ym. 2013: 7-8.)

2.2 Mielenterveys

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) määrittelee termin mielenterveys seuraavasti: 'Mielenterveys on ihmisen hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn perusta. Mielenterveys ei ole staattinen tila, vaan muovautuu koko elämän ajan persoonallisen kasvun ja kehityksen myötä. Suotuisissa olosuhteissa mielenterveyden voimavarat kasvavat ja epäsuotuisissa ne voivat kuluja enemmän kuin uusiutuvat. Nuorten kehitysyhteisöjen, kuten koulujen ja oppilaitosten tulee tukea mielenterveyttä. Mielenterveyteen liittyviä tietoja ja taitoja voi myös oppia ja opettaa.' (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011 (A).)

Uusi termi, jota nykyään myös käytetään, on positiivinen mielenterveys. Sillä tahdotaan muistuttaa, että mielenterveys ei ole vain mielen sairauksien puuttumista, vaan mielen hyvinvointia ja ihmisen kykyä selviytyä arjessa. WHO:n määritelmän mukaan mielenterveys ja positiivinen mielenterveys mahdollistavat ihmiselle kyvyn luoda ihmissuhteita, taidon ilmaista tunteitaan, kyvyn tehdä työtä sekä ahdistuksen ja menetysten sietämisen ja hyväksymisen elämässä. (ks. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011 (A).)

2.2.1 Nuorten mielenterveysongelmat

Eri tutkimusten mukaan jopa joka neljäs nuori kärsisi jostakin mielenterveyden häiriöstä. Yleisimpiä ovat ahdistuneisuus-, käytös- ja päihdehäiriöt. Ainakin puolella nuorista, joilla on todettu jokin mielenterveyden häiriö, on kaksi tai useampia häiriöitä samanaikaisesti. Mielenterveyden häiriöt ovat Suomessa kouluikäisten tavallisin terveysongelma. Suurin osa mielenterveyshäiriöistä alkaa nuoruudessa, ja nuorilla onkin kaksi kertaa enemmän mielenterveyshäiriöitä kuin lapsilla. Noin puolet aikuisiän mielenterveyshäiriöistä alkaa jo ennen 14 vuoden ikää. (Huurre ym. 2013: 10-11.) Erityisesti neuropsykiatriset häiriöt, käytöshäiriöt, päihdehäiriöt ja psykoosit ovat nuorilla yhteydessä heikentyneeseen aggressionhallintakykyyn ja korkeampaan väkivaltakäyttäytymisen riskiin (Kaltiala-Heino, Lindberg & Ritakallio 2008).

		2005	06	07	08	09	10	11	12	2013
Pakkotoimet psykiatrisessa sairaalahoidossa 0 - 17-vuotiailla	Koko maa	481	449	418	463	441	405	419	369	359
	HUS	174	192	172	192	192	179	169	134	139
Psykiatrian laitoshoidon hoitajaksot 13 - 17-vuotiailla / 1000 vastaavanikäistä	Koko maa	8,4	8,3	9,5	9,7	9,5	9,9	10,4	9,9	10,5
	HUS	9,7	9,8	10,3	9,3	10,4	11,8	12,7	10,6	10,8
Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivät 13 - 17-vuotiailla / 1000 vastaavanikäistä	Koko maa	403,1	379,1	404,4	379,6	369,2	342,9	341,5	321,2	304,0
	HUS	521,2	514,5	515,7	436,6	474,7	428,1	413,5	352,6	290,6
Psykiatrian laitoshoidon 13 - 17-vuotiaat potilaat / 1000 vastaavanikäistä	Koko maa	6,4	6,3	6,9	7,3	7,1	7,2	7,5	7,5	7,6
	HUS	6,6	6,4	6,7	7,0	7,5	7,7	8,2	7,5	7,4

Taulukko 1: Nuorisopsykiatria Suomessa (THL (B))

Taulukko 1 osoittaa, että psykiatrisen sairaanhoidon pakkotoimenpiteet lapsilla ja nuorilla ovat vähentyneet aikavälillä 2005-2013 sekä HUS-alueella että valtakunnallisesti. 13-17-vuotiaiden hoitajaksot ja potilasmäärät suhteessa samanikäiseen väestöön ovat nousseet, mutta hoitopäivät ovat sekä koko maassa että erityisesti HUSissa vähentyneet. Tästä voidaan vetää johtopäätös, että laitoshoitajaksot ovat lyhentyneet. Nuorisopsykiatrisen erikoissai-

raanhoidon avopalveluita taas käytti vuonna 2009 koko Suomessa noin 3 % 13-22-vuotiaista nuorista eli arviolta 19 000 nuorta (Laukkanen & Pylkkänen 2011).

Nuoren mielenterveysongelmaa epäiltäessä on syytä tarkkailla tavanomaisia asioita, kuten koulunkäyntiä, ruokailuja ja sosiaalisia suhteita. Myös kotioloihin on hyvä kiinnittää huomiota. Nuori voi oireilla monella tavalla pahasta olostaan, mutta on muistettava, että tietty alakuloisuus ja tunnemyrskyt kuuluvat nuoruuden kehitysvaiheisiin. Jos nuoren kehitys ei kuitenkaan etene vaan pikemminkin taantuu, täytyy asiaan puuttua. Nuorten ongelmat voivat parhaiten havaita vanhemmat, perhe, kouluterveydenhuolto ja opettajat sekä perusterveydenhuolto. (Hurre ym. 2013: 11-13.)

Ahdistuneisuushäiriöt ilmenevät nuorilla lapsia useammin sosiaalisissa tilanteissa. Tällaisia tilanteita voivat olla esimerkiksi esiintymistä tai asiointia edellyttävät tilanteet. Ahdistuneisuushäiriötä voidaan jakaa erilaisiin alaluokkiin, joita ovat esimerkiksi paniikkihäiriö ja pakko-oireinen häiriö. Ahdistuneisuushäiriöön liittyviä fyysisiä oireita ovat muun muassa sydämentykytys, hikoilu ja vapina ja psyykkisinä oireina ilmenee paniikin tunnetta. Ahdistuneisuushäiriön syntyyn voi liittyä biologisia ja vuorovaikutuksellisia tekijöitä. (Eirola, Friis & Mannonen 2004: 106-112.)

Masennusta esiintyy usein muiden psyykkisten häiriöiden rinnalla samanaikaisesti. Alttius masentua on periytyvää. Masennus oireilee nuorilla muun muassa masentuneena mielialana, kiinnostuksen tai mielihyvän menettämisenä sekä väsymyksenä tai uupumuksena ja itsetuhoisina ajatuksina. (Korhonen & Marttunen 2006: 80-85, Eirola ym. 2004: 114-120.) Nuoren masennuksen oireet vaihtelevat iästä ja kehitystasosta riippuen, mutta voimakas itsetuhoisuus ja psykoottinen masennus edellyttävät osastohoitoa (Eirola ym. 2004: 119).

Nuorilla esiintyy lapsia enemmän psykooseja. Psykoosin voi laukaista jokin stressaava elämän tapahtuma. Psykoosin oireita ovat esimerkiksi ajatusten ja tunteiden irtautuminen todellisuudesta sekä harha-ajatukset. (Eirola, 2004: 133-136.) Psykoosin tai epäilyksen psykoosista perusteella voidaan tarpeen mukaan toimittaa potilas hoitoon myös tahdonvastaisesti. Psykoosin hoidossa keskeisessä roolissa ovat nuorisopsykiatrinen hoitoyhteisö ja ryhmämuotoiset toiminnot, joissa esimerkiksi ikätasoiset toiminnot ja sosiaaliset taidot voivat kehittyä. Tavoitteena hoidossa on päästä tilanteeseen, jossa nuori on tyytyväinen ja hallitsee omaa elämäntilannetta. (Laukkanen 2006: 113-116.) Psykoosin positiiviset oireet, kuten harhat ja harhaluulot, on yhdistetty kohonneeseen väkivaltaisen käyttäytymisen riskiin (ks. Kaltiala-Heino ym. 2008).

Käytöshäiriöt diagnosoidaan Suomessa käyttäen ICD-10-tautiluokitusta, jossa käytöshäiriöt jaetaan neljään alaluokkaan, joita ovat perheensisäinen, epäsosiaalinen ja sosiaalinen käy-

töshäiriö sekä uhmakkuushäiriö. Riippuen diagnosointitavasta käytöshäiriöitä esiintyy noin 2-12% nuorista. Käytöshäiriöt ovat pojilla yleisempiä kuin tytöillä, ja käytöshäiriön yhteydessä ilmenee usein myös jokin muu mielenterveyden häiriö. Käytöshäiriötä arvioitaessa on huomioitava esimerkiksi nuoren kehitysaste, häiriön luonne ja vaikeusaste sekä häiriön mahdolliset syyt ja taustatekijät. Häiriö voi ilmentyä esimerkiksi kyvyttömyytenä muodostaa pysyviä vuorovaikutussuhteita ikätovereihin ja haastavuuteen käydä koulua. Käytöshäiriöiden syyt voivat olla sosiaalisia, ympäristöstä lähtöisin tai yksilöön itseensä liittyviä. (ks. Ebeling, Henttonen, Hokkanen, Kataja, Marttunen & Tuominen 2004.)

Hoito osastolla on usein tarpeen, jos nuori kärsii akuutista psykoosista, vaikeasta depressiosta tai hallitsemattomasta kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä, sillä näiden avohoito on haastavaa. Mikäli nuori kertoo selvästä itsemurhasuunnitelmasta ja hän vakaasti aikoo tehdä itsemurhan, tai jos itsetuhoisella nuorella on taustalla aiempi vakava itsemurhayritys, on psykiatrasta osastohoitoa harkittava. Hyvin vaikea perhetilanne sekä aiempi epäonnistunut avohoito voivat myös indikoida sairaalahoidon tarvetta. (Marttunen 2006: 127-133.)

2.2.2 Nuorisopsykiatrisen potilaan väkivaltariski

Psykiatrisessa hoidossa olevan nuoren väkivaltaiseen käyttäytymiseen olisi mahdollista puuttua paljon ennen väkivaltatapahtumaa tunnistamalla riskitekijät ja aloittamalla interventiot ennen tilanteen eskaloitumista. Väkivaltaisuuden uhan arvioinnin tulee olla systemaattista, ja interventiot tulee suunnitella arviointiin pohjautuen. Väkivallan riskiä arvioidessa sairauden erityispiirteet, vaaralliset erikoiskiinnostuksen kohteet ja tietyt psykoosioireet on otettava huomioon. (Kaltiala-Heino ym. 2008.)

SAVRY-arvio eli strukturoitu nuoruusikäisten väkivaltariskin arviointimenetelmä on käytössä nuorisopsykiatrisessa hoitotyössä. Sen tavoitteena on auttaa hoitohenkilökuntaa päättämään, kuinka todennäköisesti korkean väkivaltariskin nuori toimisi väkivaltaisesti, missä olosuhteissa, ketä kohtaan ja miten väkivaltaisen käyttäytymisen riskiä voisi pienentää. SAVRY-arviossa väkivallalla viitataan fyysiseen väkivallanteeseen, joka voisi vakavuudessaan aiheuttaa toiselle henkilölle vammoja. Lisäksi väkivallanteeksi arvioidaan kaikki seksuaalinen väkivalta tai aseella tehostettu väkivallalla uhkaaminen. Joissakin osioissa väkivaltaisuuden arvioinnissa otetaan huomioon myös eläimiin kohdistunut väkivalta tai ei-väkivaltaisiin rikoksiin tai rikkeisiin syyllistyminen. (Bartel, Borum & Forth 2005.)

2.2.2.1 Aikaisempiin elämänvaiheisiin liittyvät riskitekijät

Väkivaltakäyttäytymisen uusimisen riski kasvaa sitä enemmän, mitä enemmän väkivaltaisuutta henkilöllä on aiemmin ilmennyt. Väkivaltakäyttäytymisen riskiä arvioidessa tulee huomioida

aiemman väkivaltaisuuden vakavuus, sen ilmenemisfrekvenssi ja äskettäisyys. Esimerkiksi lapsuudessaan väkivaltaisesti käyttäytyneen, viime vuosina rauhallisen nuoren väkivaltahistoriaa painotetaan arviossa vähemmän kuin nuoren, jonka väkivaltaikäyttäytyminen on ajan kuluessa lisääntynyt ja käynyt rajummaksi. Muun muassa karkaaminen, huono hoitomyöntyvyys ja oikeuden antamien määräysten rikkominen nostavat väkivaltaisuuden riskiä. (Bartel ym. 2005: 20-21, 23-24.)

Myöhemmän väkivallanteon riski on korkeampi nuorilla, jotka ovat käyttäytyneet epäsosiaalisesti tai jotka ovat aiemmin syylistyneet mihin tahansa rikokseen tai rikkeeseen. Epäsosiaalista käyttäytymistä on tässä yhteydessä esimerkiksi tupakointi, omaisuuden tuhoaminen ja varhainen yhdyntöjen aloittaminen. Aikaisempi väkivallaton rikollisuus ei todennäköisesti kuitenkaan ennusta myöhemmän väkivallan vakavuutta. Rikollisen käyttäytymisen aloittamisen aikaisuus ja rikollisen käyttäytymisen tiheys sekä vanhempien rikostausta nostavat tulevan väkivaltaisuuden riskiä. Väkivaltaisen käyttäytymisen aloittaminen aikaisin, erityisesti ennen 14 ikävuotta, on ennusmerkki pitkäaikaisesta ja vakavasta väkivaltaisuudesta. (Bartel ym. 2005: 20-22, 28-29.)

Itsemurhaa yrittäneiden tai muuten itsetuhoisesti käyttäytyneiden nuorten myöhemmän väkivaltaikäyttäytymisen riski on kohonnut. Väkivallalle altistuminen kotiloissa, perheen ristiriidat ja konfliktit, varhainen hoivasuhteen katkeaminen sekä lapsuudenaikainen kaltoinkohtelu ovat myös yhteydessä nuoren korkeampaan väkivaltariskiin. Väkivaltaisesti käyttäytyville nuorille ovat tyypillisiä huono koulumenestys ja koulutuksen ongelmat. (Bartel ym. 2005: 24-31.)

2.2.2.2 Sosiaaliset ja tilannesidonnaiset riskitekijät

Erityisen keskeinen nuoruusiän riskitekijä ja interventioiden kohde on nuoren epäsosiaalinen kaveripiiri. Aggressiiviset lapset ja nuoret tapaavat hakeutua toistensa seuraan, koska aggressiiviset lapset ovat usein muiden lasten syrjimiä. Rikollisesti käyttäytyvään kaveripiiriin kuuluminen ennakoi kouluongelmia ja epäsosiaalista käytöstä. Sosiaalisen tuen puuttuminen nuoren elämästä sekä vanhemmuuden puute nostavat nuoren väkivaltaisen käyttäytymisen riskiä kuten myös rikollinen, köyhä tai väkivaltainen asuinalue. (Bartel ym. 2005: 33-39.)

Nuoren äskettäin kokemat tai häntä uhkaavat stressaavat, negatiiviset elämäntapahtumat kohottavat nuoren väkivaltaisuuden riskiä. Esimerkiksi tärkeän esineen tai läheisen ihmisen menettäminen tai loukatuksi tuleminen voivat olla tällaisia tapahtumia. Stressiä aiheuttavan tapahtuman jälkeen väkivaltaisuuden riskin on arvioitu olevan koholla jopa yli vuoden ajan. Jos nuori on kyvytön käsittelemään itseään kohdanneita kriisejä (huonot coping-kyvyt), on hän taipuvaisempi väkivaltaiseen käytökseen. (Bartel ym. 2005: 36-37.)

2.2.2.3 Yksilöön liittyvät riskitekijät

Nuoren sosiaalisten taitojen puutteellisuudessa erityisesti kaksi tekijää nostavat väkivaltariskiä. Ensimmäisenä tekijänä on nuoren kyvyttömyys ratkaista ristiriitoja muiden kanssa väkivallattomasti. Toisena tekijänä on nuoren taipumus pitää toisten aikomuksia aggressiivisina, vaikka aikomukset olisivat neutraaleja. Liiallinen omanarvontunto ja väkivaltamyönteiset asenteet voivat myös lisätä nuoren aggressioriskiä. (Bartel ym. 2005: 41-42.)

Äskettäinen päihdeongelma, joka vakavuudellaan voisi aiheuttaa ongelmia yhdellä tai useammalla elämän osa-alueella, on nuoren väkivallan riskitekijä. Myös vähemmän vakava päihteiden käyttö nostaa riskiä, mikäli aiemmat aggressiiviset teot ovat tapahtuneet päihteiden vaikutuksen alaisena. Riskinotto, impulsiivisuus, vaikeus hallita vihantunteita sekä mahdollinen tarkkaavaisuushäiriö tai hyperaktiivisuus on luokiteltu väkivaltariskiä kohottaviksi tekijöiksi. Aggressiiviseen käytökseen ja epäsosiaalisuuteen nuorilla liittyy usein myös kyvyttömyys empatian ja katumuksen tuntemiseen. (Bartel ym. 2005: 42-47.)

2.3 Kiinnipito

Kiinnipitäminen tarkoittaa fyysistä kiinnipitämistä ilman minkäänlaisia välineitä. Kiinnipitäminen voi tarkoittaa myös siirtämistä esimerkiksi toiseen tilaan. Kiinnipitäminen on lopetettava heti, kun se ei ole enää välttämätöntä. Kiinnipito on perusteltua silloin, kun potilaan oma tai muiden läsnäolijoiden turvallisuus on vaarassa tai omaisuus saataisi kärsiä mittavia vahinkoja. (Lastensuojelun käsikirja 2012.)

Kiinnipitotilanteessa saa käyttää vain sen verran voimakeinoja kuin on tilanteeseen nähden perusteltua. Perusteluina toimii esimerkiksi vastarinnan vaarallisuus, tilanteen kiireellisyys ja kokonaiskuva. Kiinnipitämisen tulee olla hoidollista ja huollollista. Kiinnipito on kuitenkin viimeisimpiä keinoja, jos muut keinot eivät tehoa. (Lastensuojelulaki.)

Tampereen yliopistollisen sairaalan AHHA-projektissa (2002) koulutettiin hoitajia kiinnipitojen ja irtautumisten varalta. Koulutukseen osallistujille opetettiin, että kiinnipidossa jokaisella hoitajalla on oma tehtävänsä. Ihannetilanteessa on läsnä kolme hoitajaa, jolloin kaksi hoitajaa pitää potilasta kiinni ja yksi on johtaja, joka arvioi kiinnipitoa ja kommunikoi potilaan kanssa seuraten tämän vointia ja elintoimintoja. Kiinnipitotilanteen etenemisestä esitettiin seuraava ohje: "Kiinnipito aloitetaan yksikössä ennalta sovitun merkin perusteella. Toinen hoitaja ottaa kiinni potilaan vasemmasta kädestä, toinen oikeasta. Kiinnipidossa potilaan ei pitäisi tuntea kipua missään vaiheessa. Jos kipua tuntuu, on jotain tehty väärin." (Uusitalo 2005.)

MAPA (Management of Actual or Potential Aggression) on laajalle levinnyt Englannissa kehitetty toimintamalli, jonka tarkoituksena on ennaltaehkäistä haastavaa käytöstä ja edistää turvallista hoitoa. Väkivaltatilanteen ehkäisykeinoina MAPAssa ovat hoidollinen vuorovaikutus ja toiminnalliset de-eskalaatiokeinot. Viimeisenä rauhoittamiskeinona MAPAssa on fyysinen kiinnipitäminen, joka perustuu potilaan luonnollisten liikeratojen rajaamiseen hallitusti sekä hoidolliseen vuorovaikutukseen kiinnipidon aikana. MAPA pyrkii kunnioittamaan potilaan itsemääräämisoikeutta ja itsenäisyyttä tarjoamalla mahdollisina de-eskalaatiokeinoina neuvottelua, ongelmanratkaisua ja kiinnipitotilanteessa mahdollisimman vähäistä rajoittamista. (MAPA-Finland.)

AVEKKI (Aggression ja Väkivallan Ennakointi sekä Kouluttaminen, Kehittäminen ja yhteiskuntaan Integrointi) korostaa yhteistyön merkitystä haastavissa tilanteissa ja asiakas- ja työturvallisuutta. AVEKKI-toimintatapa voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen, jotka ovat ennakointi, hallinta ja jälkiselvittely. Ennakointi on ensisijainen vaihtoehto väkivaltatilanteiden hallinnassa. Mikäli ennakoimalla ei saada tilannetta ehkäistyä, pyritään hallitsemaan tilannetta minimaalista voimaa käyttäen, maksimaalista hyötyä tavoitellen. Niin työntekijät kuin asiakkaatkin voivat kokea väkivalta- ja uhkatilanteet ahdistavina, joten tilanteiden läpikäyminen on tärkeää sekä työyhteisössä että asiakkaan ja omaisten kanssa. AVEKKI kouluttaa toteuttamaan kiinnipitoa niin kahden, kolmen kuin neljänkin kiinnipitäjän kokoonpanoilla. (Fiturvallisuuskoulutus.)

2.3.1 Kiinnipitoa koskeva lainsäädäntö

Suomen laki rajaa itsemääräämisoikeuden ja perusoikeuksien rajoittamisen tilanteisiin, joissa sairauden hoito, potilaan turvallisuuden tai muiden turvallisuuden turvaaminen vaatii. Toimenpiteet tulee suorittaa ihmisarvoa kunnioittaen ja mahdollisimman turvallisesti. Hoitotoimenpiteen ajaksi sitomisesta tai kiinnipidosta päättää hoitava lääkäri. Potilaalla tarkoitetaan tässä osassa lakia tarkkailuun tai tahdosta riippumattomaan hoitoon määrättyä henkilöä. Jos potilasta ei ole määrätty tarkkailuun, saa itsemääräämisoikeuden rajoitteita käyttää vain, jos se on hänen oman turvallisuuteensa vuoksi välttämätöntä. (Mielenterveyslaki.)

Potilasta voidaan kieltää poistumasta sairaalasta tai tietyn yksikön tiloista. Jos potilas kuitenkin poistuu sairaalan alueelta tai hoitavan yksikön tiloista ilman lupaa tai jättää palaamatta ilmoittamatta, on hoitohenkilökunta oikeutettu palauttamaan potilas hoitoon käyttäen tilanteessa puolustettavina pidettäviä voimakeinoja. Voimakeinojen puolustettavuutta arvioitaessa on otettava huomioon potilaan hoidossa olon syy, turvallisuusuhka omalle tai muiden terveydelle, käytössä olevat voimavarat ja sekä muut tilanteeseen vaikuttavat seikat. (Mielenterveyslaki.)

Jos potilas on vaaraksi itselleen tai muiden terveydelle, saa hoitohenkilökunta käyttää välttämättömiä voimakeinoja potilaan kiinnipidossa ja eristämisessä. Voimakeinojen käytöstä on välittömästi ilmoitettava hoitavalle lääkärille. Potilasta voidaan pitää kiinni myös muissa hoitollisissa tilanteissa, jos se on hoidon kannalta välttämätöntä. Potilaan kiinnipitäminen on lopetettava heti, kun se ei tilanteen kannalta ole enää välttämätöntä. Hoitavan lääkärin on arvioitava potilaan tila niin usein kuin tämän terveydentila edellyttää ja päätettävä toimenpiteen jatkamisesta tai lopettamisesta. (Mielenterveyslaki.)

Jokaisessa sairaalan psykiatrasta hoitoa antavassa yksikössä tulee olla kirjalliset ja selkeät ohjeet, miten potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamista toteutetaan. Rajoitusten käytön seurannan ja valvonnan vuoksi rajoituksista on pidettävä erillistä luetteloa. Luettelosta tulee jokaisen rajoituksen kohdalta löytyä potilaan tunnistetiedot, rajausta koskevat tiedot ja rajoituksen määränneen lääkärin sekä rajoituksen suorittajien nimet. Tiedot tulee poistaa luettelosta kahden vuoden kuluttua merkinnän tekemisestä. (Mielenterveyslaki.)

Alaikäisen potilaan mielipide hoitotoimenpiteeseen on selvitettävä silloin, kun se on hänen ikäänsä ja kehitystasoonsa nähden mahdollista. Jos alaikäinen ikänsä ja kehitystasonsa perusteella kykenee päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos alaikäinen ei kykene päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen huoltajansa tai muun laillisen edustajansa kanssa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.)

2.3.2 Muita fyysisen rajoittamisen keinoja

Muita rajoittamisen keinoja on esimerkiksi tarvittava lääkitys, intermittoiva tarkkailu, jäähy, lihaksen sisäinen lääkitys, sitominen, eristys sekä jatkuva tarkkailu eli vierihoido. Sitomisella tarkoitetaan potilaan sitomista sänkyyn käyttäen erityisiä voiteita. (Hottinen 2013: 14, 35.) Tarvittava lääkitys tarkoittaa potilaan vapaaehtoisesti hyväksymää lisälääkitystä, kun taas lihaksen sisäinen lääkitys on ilman potilaan suostumusta annettavaa. Intermittoiva tarkkailu on tarkkailun lisäämistä ja tihentämistä, mikä eroaa intensiteetiltään vierihoidosta, jossa hoitaja tai muu työntekijä on jatkuvasti näköetäisyydellä potilaasta tai potilaan välittömässä läheisyydessä. (Hottinen, Joffe, Lindberg, Noda, Putkonen, Sailas & Välimäki 2011.)

Potilaan sitomisesta ja eristämisestä päättää hoitava lääkäri. Hoitohenkilökunta saa suorittaa sitomisen tai eristämisen kiireellisissä tapauksissa ilman lääkärin määräystä, mutta asiasta on välittömästi ilmoitettava lääkärille. Sidotulle tai eristetyille potilaalle on määrättävä vastuuhoitaja, jonka tehtävänä on huolehtia, että potilas saa tarvittavan hoidon ja huolenpidon toimenpiteen aikana sekä mahdollisuuden keskustella hoitohenkilökunnan kanssa. Sidottuun

ja alaikäiseen potilaan täytyy hoitohenkilökunnalla olla jatkuvasti näkö- ja kuuloyhteys. (Mielenterveyslaki.)

3 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymys

Tarkoituksena oli selvittää, miten psykiatrisessa sairaalahoidossa oleva nuori kokee kiinnipidon. Tavoitteena oli uuden aihetta koskevan tiedon tuottaminen toimeksiantajan käyttöön hoitotyön kehittämistä varten. Tutkimuskysymys on

Miten nuorisopsykiatrinen potilas kokee kiinnipidon?

4 Menetelmän kuvaus

Kirjallisuuskatsauksella tutkitaan jo tehtyä tutkimusta eli kootaan tutkimusten tuloksia, joita voidaan käyttää pohjana tuleville tutkimuksille. Metodina kirjallisuuskatsaus yhdistää niin kvalitatiivista kuin kvantitatiivistakin tutkimustekniikkaa. On itse laatijasta ja tahdotusta lopputuloksesta kiinni kummalle puolelle tulosten tahdotaan enemmän painottuvan: laadullisen kuvailevaan vai määrällisen selittävään. Finkin määritelmän mukaan tutkimuskirjallisuuteen perustuva kirjallisuuskatsaus on systemaattinen, täsmällinen ja toistettavissa oleva menetelmä, jolla tunnistetaan, arvioidaan ja tiivistetään tutkijoiden, tiedemiesten ja käytännön asiantuntijoiden valmiina olevaa ja julkaistua tutkimusaineistoa. (ks. Salminen 2011: 4.)

Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on kehittää jo olemassa olevaa teoriaa ja tarjota mahdollisuus uuden teorian rakentamiselle. Katsauksen avulla voidaan myös helposti arvioida teorioita ja rakentaa kokonaiskuvaa halutusta asiakokonaisuudesta, kun tieto on useista lähteistä kootu yhteen. Kirjallisuuskatsauksen avulla on myös helpompaa tunnistaa ongelmia, jotka liittyvät tietyn aiheen tutkimiseen tai puutteisiin. Katsaus tarjoaa myös mahdollisuuden kuvata jotakin teoriaa historiallisesti. Mark Petticrew on todennut, että kirjallisuuskatsauksen tekemisessä on tärkeää vastata selkeään kysymykseen, vähentää tutkimusten valintaan ja sisällyttämiseen liittyvää valintaa, arvioida valittujen tutkimusten laatua ja referoida tutkimuksia objektiivisesti. Kirjallisuuskatsaus voidaan tehdä usealla eri tavalla. (ks. Salminen 2011: 3, 6, 9.)

4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Yleisin kirjallisuuskatsauksen tyyppi on kuvaileva. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta eivät sido menetelmälliset säännöt samalla tavalla kuin esimerkiksi meta-analyysikatsauksia ja käytetyt aineistot voivat olla laajojakin. Kuvailevalla kirjallisuuskatsauksella pystytään kuvaamaan melko laaja-alaisestikin tutkittuja ilmiöitä ja jopa luokittelemaan ilmiön ominaisuuksia. Usein

kuvailevasta kirjallisuuskatsauksesta voi myös löytyä uusia tutkittavia ilmiötä esimerkiksi systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. (Salminen 2011: 6.)

Tässä opinnäytetyössä menetelmänä oli tarkoitus käyttää integroivaa tai narratiivista kirjallisuuskatsausta, koska menetelminä niiden arvioitiin soveltuvan parhaiten tarkoitukseen. Löytyneen aineiston vähäisyydestä johtuen kirjallisuuskatsaus eteni kuvailevampaan suuntaan. Kirjallisuuskatsaus ei käsittele aihetta kovinkaan laaja-alaisesti, mutta tulosten tarkastelussa tuodaan esiin useita uusia tutkimusaihe-ehdotuksia.

4.2 Aineiston hankinta

Hakusanoina suunniteltiin käytettävän sanoja nuori, psykiatria, kiinnipito, fyysinen rajoittaminen, mielenterveys. Hakusanat muuttuivat osittain tiedonhaun edetessä. Englanninkielisinä hakusanoina olivat ensisijaisesti adolescent, restraint ja psysical. Hakukone Cinahlissa oli mahdollista rajata tuloksia tutkittavien iän perusteella, ja ominaisuutta hyödynnettiin rajamalla hakutuloksissa iän välille 12-18 vuotta.

Aineistoa haettiin yhteensä viitenä eri päivänä, joista kahtena apuna oli Laurea-ammattikorkeakoulun tiedonhankinnan lehtori. Artikkeliviitetietokannoista käytettiin Laurus-ta, Aleksia, Artoa, Google Scholaria, CINAHLia, Ovid Medlinea, Proquestia, Mediciä sekä Nellin monihakua. Hakusanat vaihtelivat hieman käytetyn hakukoneen mukaan ja kielinä käytettiin suomea ja englantia.

Sisäänottokriteerit:

- 1) Kiinnipito tai sitomistapahtuma
- 2) Tieteellinen tutkimus
- 3) Alaikäinen potilas, yli 12-vuotias
- 4) Kiinnipito tai sitominen tapahtunut psykiatrisella sairaalaosastolla
- 5) Kieli suomi tai englanti

Hylkäyskriteerit:

- 1) Julkaisu ennen vuotta 2005
- 2) Ei koko tekstiä saatavilla
- 3) Tutkimus tehty muualla kuin sairaalaosastolla
- 4) Tutkimus koskee kehitysvammaisia
- 5) Ei potilaan näkökulmaa
- 6) Ei-tieteellinen tutkimus tai artikkeli
- 7) Tutkittu aikuisia tai alle 12-vuotiaita lapsia
- 8) Kieli muu kuin suomi tai englanti

Haut taulukoitiin (Liite 1) yksityiskohtaisesti hakuja tehdessä. Aivan kaikkia hakuja ei taulukoitu, sillä joissakin tietokannoissa jouduttiin hakusanoja vaihtamaan useampaan otteeseen, ja lopputulos oli siitä huolimatta nolla osumaa. Sisäänottokriteerit olivat hakuja tehdessä esillä kirjallisessa muodossa aineiston valikoinnin yhteneväisyyden varmistamiseksi. Haun edetessä ongelmaksi nousivat aiheeseen liittymättömät tulokset, jotka olivat tukkia hakutulokset, joten hakukriteereihin jouduttiin lisäämään joitakin sanojen estoja, joilla pyrittiin estämään osumat koskien esimerkiksi syömisen rajoittamista ja eläinkokeita. Muiden hakuehtojen tiu-
kentaminen ei auttanut, vaikka asiassa konsultoitiin kahdesti myös tiedonhankinnan lehtoria, joten tiettyjen hakusanojen estäminen oli ainoa vaihtoehto tulosten karsimiseksi.

Kun otsikot (n=1023) oli käyty läpi, kriteerit täyttäviä tiivistelmiä jäi luettavaksi n=54. Tiivistelmän perusteella valittiin luettavaksi yhteensä kuusi tekstiä. Osa toistui useammassa artikkeliviitetietokannassa, joten taulukossa näkyvä tiivistelmän perusteella valittujen lukumäärä on kymmenen. Koko tekstin perusteella karsittiin kolme tiivistelmän perusteella valittua. Karsitut tutkimukset joko käsittelivät kiinnipitoa hoitohenkilökunnan näkökulmasta tai sijoittuivat muualle kuin sairaalaympäristöön. Mikäli haku tuotti tuloksena tuhansia osumia, ei niitä käyty läpi, vaan hakua tarkennettiin. Lopuksi hakuja tehtiin artikkeliviitetietokannasta Science Direct: Nursing and Health Professions. Näiden hakujen myötä havaittiin, ettei uusia tutkimuksia enää löydy, ja täten todettiin tiedonhaun saturaatiopiste saavutetuksi.

4.3 Aineiston kuvaus

Hakutuloksina löytyi kolme eri tutkimusta (liite 2), joista osa toistui useissa artikkeliviitetietokannoissa. Näistä tutkimuksista kaksi on tehty Suomessa ja yksi Israelissa. Kaksi tutkimuksesta yhdistelee kvalitatiivisia ja kvantitatiivisia menetelmiä ja yksi on toteutettu kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä.

Tutkimus, johon jatkossa viitataan numerolla 1, on Anja Hottisen vuonna 2013 väitöskirjana julkaisema ja se sijoittuu Etelä-Suomeen HUS-alueelle. Väitöskirja on nimeltään Containment measures in adolescent psychiatric care - focus on mechanical restraint ja sen tarkoituksena oli kuvata ja syventää tietoa rajoitetoimien, erityisesti sitomisen, käytöstä nuorisopsykiatriassa vastentahtoisessa osastohoidossa. Aineisto kerättiin kyselytutkimuksella ja puolistrukturoidulla haastattelulla 15-17-vuotiailta psykiatristen avo- ja suljettujen osastojen nuorilta. Osallistujamääränä oli tutkimuksessa asenteista rajoittamistoimenpiteitä kohtaan n=81, ja haastattelussa kokemuksista sitomisesta n=15. Väitöskirja otettiin mukaan aineistoon, koska myös sitominen rajoittaa potilasta fyysisesti ja se on yleisesti käytetty keino suljetuilla psykiatrisilla osastoilla. Sitomista myös usein edeltää kiinnipito joko itsenäisenä rajoitustoimenpi-

teenä tai siirrettäessä potilas lepositeisiin. Lisäksi nuoret toivat esiin hyviä näkemyksiä vaihtoehtoista fyysiselle rajoittamiselle, jotka haluttiin sisällyttää tuloksiin.

Tutkimuksen numero 2 tekijöinä ovat Sergey Vishnivetsky, Gal Shoval, Vadim Leibovik, Lucas Giner, Marcel Mitrany, Dorit Cohen, Aliza Barzilay, Louisa Volovick, Abraham Weizman ja Gil Zalsman. Tutkimus on julkaistu vuonna 2013 ja se on tehty Israelissa. Tutkimus on nimeltään Seclusion Room vs. Physical Restraint in an Adolescent Inpatient Setting: Patients' Attitudes. Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia nuorisopsykiatristen suljettujen osastojen potilaiden asenteita fyysistä liikkumisen rajoittamista kohtaan. Aineiston keräysmenetelmänä oli strukturoitu kysely 13-24-vuotiaille psykiatrisen osaston nuorille (n=50).

Tutkimus numero 3 oli suomalainen tutkimus tekijöiltä Anja Hottinen, Maritta Välimäki, Eila Sailas, Hanna Putkonen, Grigori Joffe, Toshie Noda ja Nina Lindberg. Tutkimus on julkaistu vuonna 2011 ja sen tarkoituksena oli tutkia nuorten osastopotilaiden asenteita eri rajoittamismenetelmiä kohtaan suhteessa henkilökunnan asenteisiin. Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena 15-17-vuotiaille psykiatrisen osaston potilaille (n=81).

4.4 Aineiston analyysi

Tarkoituksena oli tehdä aineiston analyysi teemoittelemalla. Teemoittelu pitää sisällään aineiston pilkkomisen ja uudelleenryhmittelyn aihepiirikohtaisesti korostaen tekstin sisältöä (Kajaanin ammattikorkeakoulu). Tulosten vähyydestä johtuen päädyttiin kuitenkin mukailemaan teemoittelua aineiston analyysiä tehdessä. Analyysi toteutettiin niin, että kukin teksti luettiin kokonaisuudessaan useampaan kertaan, minkä jälkeen lähdettiin etsimään vastauksia tutkimuskysymykseen. Kohdat, joissa nuoret kertoivat kokemuksiaan kiinnipidosta tai mistä ilmeni nuorten kantoja rajoittamistoimenpiteisiin, merkittiin yliviivaustussilla tekstiin. Merkityt kohdat kirjoitettiin suomennettuna alla oleviin taulukoihin, jotka toimivat keskeisenä välineenä analyysivaiheessa. Aineistoa analysoidessa keskeisimmät tulokset tiivistettiin omiksi kokonaisuuksikseen, joista muotoiltiin johtopäätökset. Kun tekstistä esimerkiksi ilmeni, että nuori oli kokenut fyysistä kipua sitomisen seurauksena, jaoteltiin se negatiivisten kokemusten yläluokkaan väliotsikon ”fyysinen kipukokemus” alle. Tehty johtopäätös oli ”sitomisjaksot aiheuttivat fyysistä kipua”. Aineiston suppeudesta johtuen myös johtopäätöksiä saatiin kokonaisuudessaan niukasti.

1	Tutkimustulos	Tulokset jaoteltuna	Johtopäätökset jaoteltuna
Containment measures in adolescent psychiatric care - focus on mechanical restraint	<p>Nuorten kokemuksia sitomisesta, (yli puolet tutkituista tuonut esiin):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suojaa aggressiivisilta impulsseilta - Liian pitkä aika sidottuna - Kyvyttömyys liikkua - Fyysinen kipu - Autonomian menettäminen - Seuraus huonosta käytöksestä 	<p>Positiiviset/neutraalit kokemukset:</p> <p>Turvallisuus ja kuulluksi tuleminen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suojaa aggressiivisilta impulsseilta - Turvallisuuden tunne - Tilaisuus rauhoittua - Tilaisuus keskustella hoitajien kanssa 	<p>Nuoret saivat sidottuna tilaisuuden rauhoittua ja keskustella hoitajien kanssa.</p> <p>Nuoret näkevät sitomisen tarpeellisuuden, mutta kokevat sen olevan rangaistus huonosta käytöksestä.</p>
	<p>Nuorten kokemuksia sitomisesta (alle puolet tutkituista tuonut esiin):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Turvallisuuden tunne - Tilaisuus rauhoittua - Mielenkiintoinen kokemus - Tilaisuus keskustella hoitajien kanssa - Aktiviteettien puute - Pelottava tilanne - Yksityisyyden puute - Pelko uudelleen sitomisesta - Jatkuva tarkkailu - Liian vähän vuorovaikutusta henkilökunnan kanssa - Muistutti aiemmista väkivaltakokemuksista - Henkilökunta oli liian kovakouraista - Riisuutuminen, virtsaaminen tai ulostaminen hoitohenkilökunnan läsnä ollessa mukaan lukien vastakkaisen sukupuolen edustajat - Alusastian käyttö - Vajavainen huolenpito - Epähumaani asetus <p>Nuorten kehitysehdotuksia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sitomisjaksojen lyhentäminen - Aktiivisemmat keinot arvioida sitomisen päättämisen mahdollisuutta - Lääkitys fyysisen rajoittamisen vaihtoehtona 	<p>Kokemuksellisuus:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mielenkiintoinen kokemus <p>Negatiiviset kokemukset:</p> <p>Yksityisyydenloukkaus:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Yksityisyyden puute - Riisuutuminen, virtsaaminen tai ulostaminen hoitohenkilökunnan läsnä ollessa mukaan lukien vastakkaisen sukupuolen edustajat - Alusastian käyttö - Jatkuva tarkkailu <p>Fyysinen kipukokemus:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fyysinen kipu - Henkilökunta oli liian kovakouraista <p>Vallankäyttö:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Epähumaani asetus - Kyvyttömyys liikkua - Autonomian menettäminen <p>Pelko:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pelottava tilanne - Pelko uudelleen sitomisesta - Muistutti aiemmista väkivaltakokemuksista <p>"Heitteillejätto":</p> <ul style="list-style-type: none"> - Liian vähän vuorovaikutusta henkilökunnan kanssa 	<p>Nuoret kokevat kiinnipidon pahimmillaan nöyryyttävänä (autonomian menetys, alastomuus/virtsaaminen muiden nähden, kyvyttömyys liikkua, epähuomaani asetus ym.)</p> <p>Sitomisjaksot koettiin liian pitkinä ja ne aiheuttivat fyysistä kipua.</p> <p>Tilanteet muistuttivat nuoria aikaisemmista väkivaltakokemuksista, mikä aiheutti pelkoa.</p> <p>Nuorilla on ehdotuksia fyysisen rajoittamisen korvaamiseksi ja kehittämiseksi.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Vajavainen huolenpito - Liian pitkä aika si- dottuna - Aktiviteettien puute <p>Rangaistus:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seuraus huonosta käytöksestä <p>Kehitysehdotukset:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sitomisjaksojen ly- hentäminen - Aktiivisemmat kei- not arvioida sitomi- sen päättämisen mahdollisuutta - Lääkitys fyysisen ra- joittamisen vaihto- ehtona 	
--	--	--	--

Taulukko 2: Hottinen 2013

2	Tutkimustulos	Johtopäätökset jaoteltuna
Seclusion room vs. physical restraint in an adolescent inpatient setting: patients' attitudes	<p>70% Tutkituista nuorista piti eristyshuonetta parempana rajoittamiskeinona kuin kiinnipitoa</p> <p>82% Piti eristyshuoneessa olemista vähemmän uhkaavana kuin kiinnipitoa</p>	Nuoret suosivat enemmän eristystä kuin kiinnipitoa

Taulukko 3: Barzilay ym. 2013

3	Tutkimustulos	Johtopäätökset jaoteltuna
Underaged patients' opinions toward different containment measures: a questionnaire survey in Finnish adolescent psychiatry	<p>Nuoret potilaat olivat kriittisempiä kaikista tutkituista rajoittamistoimista kuin henkilökunta</p> <p>Nuorten mielestä hyväksyttävimmät rajoittamistoimet olivat: tarvittava lääkitys, ajoittainen tarkkailu ja jäähy</p> <p>Alle viidesosa tutkituista nuorista piti kiinnipitoa hyväksyttävänä rajoittamismenetelmänä</p>	<p>Nuoret kokevat kiinnipidon työntekijöitä negatiivisemmin.</p> <p>Nuorten mielestä rajoittaminen voisi tapahtua ilman fyysisiä pakkokeinoja, esimerkiksi lääkityksellä.</p>

Taulukko 4: Hottinen ym. 2011

5 Tulokset

Nuorten suhtautuminen rajoittamiseen psykiatrisessa sairaalahoidossa on henkilökuntaa kriittisempää (3). Nuorten mielestä hyväksyttävimpiä rajoittamiskeinoja ovat tarvittava lääkitys, jäähy sekä ajoittainen tarkkailu (3). Alle viidesosa nuorista pitää kiinnipitoa hyväksyttävänä rajoittamistoimenpiteenä (3). Yhden tarkastelemamme tutkimuksen nuorista 70% piti eristyshuonetta kiinnipitoa parempana vaihtoehtona (2). Saman tutkimuksen mukaan 82% nuorista koki huone-eristyksen vähemmän uhkaavana kuin kiinnipidon (2).

Nuoret näkivät sitomisen nuorta aggressiolta suojaavana tekijänä, mutta pitivät sitomista rangaistuksena huonosta käytöksestä. Sitomisen katsottiin kestäneen liian kauan ja olleen autonomiaa ja liikkumista estävä, kivulias toimenpide. Nuoret antoivat kehitysehdotuksia siitä, miten sitominen voitaisiin toteuttaa toisin tai ehkäistä kokonaan. Yleisimpiä ehdotuksia olivat sitomisjaksojen lyhentäminen, aktiivisemmat keinot arvioida sitomisen päättämisen mahdollisuutta ja lääkitseminen vaihtoehtona fyysiselle rajoittamiselle. (1)

Muutamia tai yksittäisiä positiivisiksi tulkittavia vastauksia oli myös seuraavanlaisista kokemuksista: mielenkiintoinen kokemus, turvallisuuden tunne sekä tilaisuus rauhoittua ja keskustella hoitajien kanssa. Myös negatiivisempia yksittäiskokemuksia ilmeni jonkin verran. Näistä keskeisimpiä olivat: tilanteen pelottavuus, aktiviteettien puute ja yksityisyyden puute, mikä tuli esiin esimerkiksi potilaan joutuessa riisuutumaan henkilökunnan läsnä ollessa tai käyttämään alusastiaa. (1)

5.1 Tutkimusten luotettavuus

Tutkimuksen 1 mukaan tutkimuksen luotettavuutta heikensi kyselyvaiheessa kohtalaisen vähäinen osallistujamäärä, kyselyn ensikäyttö nuorilla sekä kyselyn pituus, jota hoitajat arvelivat nuorille liian raskaaksi. Tutkimus oli kuitenkin linjassa aiempien vastaavien aikuispsykiatrian tutkimusten kanssa. Haastatteluvaiheessa luotettavuuteen raportoitiin vaikuuttaneen osallistujien rekrytointi hoitohenkilökunnan toimesta, mikä saattoi jättää vaihtelua tulkintoihin esimerkiksi potilaan halukkuudesta osallistua tutkimukseen tai kyvystä antaa suostumus. Haastatteluvaiheen otanta koostui enimmäkseen nuorista naisista, ja aikuispsykiatrian tutkimuksissa on havaittu sukupuolieroja asenteissa rajoittamistoimenpiteitä kohtaan. Haastattelusuuden osallistujat olivat kaikki olleet itse sidottuina, joten saatu tieto oli ensi käden kokemustietoa, mikä nostaa tutkimuksen luotettavuutta. Osallistujilla oli myös mahdollisuus pyytää tarkennusta epäselviin kysymyksiin haastattelun aikana. Pilottihaastattelut ennen virallista tutkimusta olisivat lisänneet tutkimuksen luotettavuutta, mutta niitä ei tässä tutkimuksessa suoritettu. Vastaajien vakava masennus tai esimerkiksi skitsofrenia voivat vaikuttaa

aineiston laatuun heikentävästi, mikäli osallistujilla on vaikeuksia muistaa tai sanoittaa tapahtunutta. (Hottinen 2013.)

Tutkimuksen 2 mukaan tutkimuksen luotettavuuteen vaikutti alentavasti pieni vastaajamäärä, joka koostui vain yhden osaston potilaista. Tutkittavat tapahtumat sijoittuivat menneisyyteen, joten vastaajilla saattoi olla vaikeuksia muistaa tapahtumia ja kokemuksia luotettavasti. Myös käytetyn kyselyn luotettavuutta arvioitiin, sillä kysely oli laadittu kyseistä tutkimusta varten eikä sitä ollut käytetty aikaisemmin. (Barzilay ym. 2013.) Tutkimuksesta jäi epäselväksi, kuinka pitkä aikaväli sitomisella ja eristyksellä oli suhteessa kyselyn toteuttamiseen, joten on vaikea arvioida, kuinka luotettavaa muistitietoa vastaajien kokemukset olivat.

Tutkimuksessa 3 luotettavuutta arvioitiin tutkimuksen tekijöiden toimesta. Luotettavuuteen vaikutti alentavasti kohtuullisen pieni vastaajakunta. Koska käytetty kysely ei sisältänyt yksilöllisiä tietoja vastaajista, tutkijat eivät voineet identifioida vastaamatta jättäneisiin liittyviä ominaisuuksia tai vetämään niistä johtopäätöksiä. Tutkimusotos oli HUS-alueelta, jossa tutkituun ikäryhmään kuuluu muuta Suomea enemmän pakolaisia, maahanmuuttajia ja päihteidenkäyttäjiä. (Hottinen ym. 2011.) Tutkimustulokset ovat linjassa muiden tätä opinnäytetyötä luettujen tutkimusten kanssa ja tutkimuksen suurin ongelma on nimenomaan vastaajien vähyys. Tutkimuksessa vain alle viidesosa vastaajista piti kiinnipitoa hyväksyttävänä rajoittamismenetelmänä, mikä kiinnipidon yleisyyden huomioiden on hälyttävää ja antaa syytä aiheen laajempaan tutkimiseen ja menetelmän käytön harkitsemiseen, vaikka tutkimuksen otanta jäikin pieneksi.

5.2 Tulosten tarkastelu

Nuorten asenteet rajoittamistoimenpiteitä kohtaan olivat hoitohenkilökunnan jäseniä kriittisempiä, mikä voisi osin selittyä sillä, että nuoruusiässä oma itsenäistyminen ja psyykinen kehitys ovat kesken, jolloin itseen kohdistuvat kiellot ja rajoitukset sekä etenkin fyysisen koskemattomuuden loukkaukset voivat tuntua vastenmieliseltä. Nuoret tulkitsivat sitomisen olevan seuraus huonosta käytöksestä, mitä se ei lain mukaan saisi olla. Kokemus sitomisesta tai kiinnipidosta voi olla nuorelle pelottava ja muutamat nuoret kertoivat sen myös tuoneen mieleen muistoja aiemmasta perheväkivallasta tai seksuaalisesta hyväksikäytöstä. Nuoret kokivat sitomisen kivuliaana, mitä sen ei oikein tehtynä pitäisi olla. Fyysinen kipu luonnollisesti aiheuttaa negatiivisia tuntemuksia kokijassaan. Toisaalta pelkotila voi pahentaa tuntemusta fyysisestä kivusta.

Kävi ilmi, että nuoret pitivät monia muita rajoittamiskeinoja parempina kuin kiinnipitoa. Nuorten paremmin hyväksymiä keinoja olivat tarvittava lääkitys, ajoittainen tarkkailu ja jäähy. Yli neljä viidestä tutkitusta nuoresta piti eristyshuonetta kiinnipitoa vähemmän uhkaava-

na. Nuorten toiveissa nousi esiin halu päästä itse rauhoittumaan, mikä voi heijastella nuoruusiän kehitystehtävää omien tunteiden hallinnasta. Toisaalta nuorelta on kypsää ja vastuullista toimintaa pyytää vointiinsa tarvittavia lääkkeitä tai mahdollisuutta vetäytyä jäähylle, ajoitaiseen tarkkailuun tai eristyshuoneeseen. Tällainen omaehtoisempi toiminta vastuuttaa nuorta osallistumaan omaan hoitoonsa, kun taas kiinnipito ja muu ulkoa asetettu pakko voi herättää nuorella hoitokielteisyyttä ja vastarintaa oman hoitonsa suhteen ja passivoida omien tunteiden hallinnan ja säätelyn kehittämistä.

Hoitohenkilökunta voi osaltaan vaikuttaa nuoren kiinnipitokokemukseen. Nuoret mainitsivat henkilökunnan olleen liian kovakouraista tai vuorovaikutuksen henkilökunnan kanssa jääneen liian vähäiseksi. Esiin tuli myös nuorten toive osaston sääntöjen tarkemmasta läpikäymisestä osastolle tultaessa. Jotta kiinnipito ei aiheuttaisi nuorella kipua, on tärkeää, että henkilökunnalla on asianmukainen koulutus ja taten valmius kiinnipidon asialliseen toteutukseen.

Kirjallisuuskatsausta tehdessä havaittiin, että aineistoa on erittäin vähän saatavilla. Täten johtopäätöksenä on, että aihetta tulisi tutkia lisää. Tärkeitä tutkimusaiheita olisivat:

- 1) Nuorten kokemus kiinnipidosta - laadullinen tutkimus
- 2) Nuorten kehitysehdotuksia rajoittamistoimenpiteisiin
- 3) Vaihtoehdot fyysiselle rajoittamiselle nuorisopsykiatriassa
- 4) Mitkä tekijät johtavat kiinnipitoon tai leposide-eristykseen?
- 5) Onko kiinnipito tai leposide-eristys yleisempää tietyissä psykiatrisissa sairauksissa?

6 Luotettavuus ja eettisyys

Ollakseen uskottava ja eettisesti hyväksyttävä tulee tutkimuksen noudattaa tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, kuten rehellisyyttä ja tarkkuutta. Tutkimukseen tulee soveltaa eettisesti kestäviä tiedonhankintatapoja ja arviointimenetelmiä. Muiden tutkijoiden julkaisuihin tulee viitata asianmukaisesti ja kunnioittavasti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012.) Näitä ohjeistuksia noudatettiin opinnäyteyötä tehdessä. Eettisesti pyrittiin toimimaan perehtymällä kirjallisuuskatsausta ja opinnäytetöitä koskevaan kirjallisuuteen ennen työskentelyn aloittamista. Eettinen toiminta näkyi myös rajatuissa, perustelluissa tiedonhauissa ja niiden johdonmukaisessa raportoinnissa. Lähteistä kirjoitettaessa pyrittiin teksti pitämään mahdollisimman lähellä alkuperäistä välttäen kuitenkin suoraa lainaamista.

Luotettavuuteen saattaa vaikuttaa heikentävästi tekijöiden kyky kääntää luotettavasti englanninkielisiä tutkimuksia. Etenkin otsikoiden perusteella karsimisen vaiheessa luotettavuuden

kannalta kriittinen tekijä oli vireystila, ja opinnäytetyötä tehdessä kiinnitettiin erityishuomiota riittävän vireystilan ylläpitämiseen.

Luotettavuutta lisättiin ajankohtaisilla tutkimuksilla. Vanhojen tutkimusten poissulku oli keskeistä myös siksi, että kuritusväkivallan kieltäminen lailla muutti alaikäisiin kohdistuvan voimankäytön asemaa ja hyväksyttävyyttä yhteiskunnassa. Sen voidaan ajatella parantaneen lasten ja nuorten oikeutta fyysiseen koskemattomuuteen ja täten myös vaikuttaneen lasten ja nuorten omiin näkemyksiin fyysisen rajoittamisen eettisyydestä.

Voidaan yksiselitteisesti todeta, että kirjallisuuskatsauksen pohjalta ei voida luoda luotettavaa yleiskatsausta aiheesta, sillä aineisto jäi erittäin suppeaksi. Tarkalla rajauksella edistettiin luotettavuutta. Hakuja tehdessä hakusanat sekä hakuehdot taulukoitiin tarkasti kustakin hausta, mikä parantaa tutkimuksen toistettavuutta ja läpinäkyvyyttä. Kahta aineiston tutkimusta voidaan pitää hyvin sovellettavina suomalaiseen hoitotyöhön, sillä ne on tehty Suomessa varsin äskettäin. Yksi tutkimuksista sijoittui Israeliin, jonka hoitokäytäntöjen ja lainsäädännön riittämätön tuntemus rajoittaa mahdollisuuksia ottaa kantaa tutkimuksen tulosten sovellettavuuteen suomalaisessa hoitotyössä.

7 Pohdinta

Koska tutkimuksia aiheesta oli saatavilla hyvin rajallisesti, toimeksiantaja ehdotti pohdinnan laajentamista. Täten pohdintamme on laajempi kuin opinnäytetyökäytäntö tavallisesti edellyttää. Pohdinnan laajentaminen mahdollisti aiheen laajemman käsittelyn ja syvällisemmän tarkastelun tutkimustulosten jäädessä vähäisiksi. Käsitlemme pohdinnassa aihealueen historiaa, kiinnipidon ja rajoittamisen etiikkaa, eri hoitokulttuurien vaikutusta, hoidollisuutta ja uudelleen traumatisoitumista. Pohdinnan päätteeksi esittelemme Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Erityisen vaikeahoitoisten alaikäisten psykiatrisen tutkimus- ja hoitoyksikön aggressionhallinnan prosessin, jota pidämme hyödyllisenä esimerkkinä kiinnipitojen ennaltaehkäisyn kannalta.

Nuorten kiinnipito oli kirjallisuuskatsauksen aiheena vaativa vähäisen tehdyn tutkimustyön vuoksi. Aihe annettiin Peijaksen sairaalasta, ja rajaustoiveina esitettiin sairaalaosastolla tapahtunut kiinnipito ja nuoren näkökulma. Tietoa hakiessamme havaitsimme, että tutkimuksia olisi löytynyt huomattavasti enemmän sijaishuollosta, kehitysvammahuollosta sekä hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tämä herätti pohdintaa, miksi kyseistä aihetta ei ole tutkittu lähes lainkaan kiinnipidon kohteen näkökulmasta. Arvelemme, että psyykkisesti sairaiden alaikäisten haastatteluun on vaikea saada tutkimuslupia.

Nuorisopsykiatria kehittyi vähitellen omaksi erikoisalakseen vasta vuonna 1999 Suomessa. Se oli Suomen ensimmäinen nuorisolääketieteen erikoisala ja ainoa nuorisolääketieteen spesialiiteetti Euroopassa vielä ainakin vuonna 2006. (Pylkkänen 2006: 19, 26.) Aineistoa etsiessämme ihmettelimme saatavissa olevan tutkimusaineiston vähyyttä ja tutkimusten otannan laajaa ikähaitaria, esimerkiksi 3-18-vuotiaat. Nuorisolääketieteen harvinaisuus ja nuoruus erikoisalana on nähtävissä selittävänä tekijänä tehdyn tutkimuksen vähyyden kannalta.

Nykyään fyysinen rajoittaminen on lailla tarkasti säädeltyä, mikä toivottavasti on lisännyt pakon käytön ammatillisuutta ja hoidollisuutta. Tämän päivän nuoret ovat hyvin perillä oikeuksistaan ja kykeneviä myös selvittämään aiheen lainsäädäntöä esimerkiksi internetistä. Nuorten lisääntyneen tietoisuuden omista oikeuksistaan voidaan sanoa olevan positiivinen asia myös hoitotyön kannalta, sillä täten voi olla mahdollista siirtyä kohti lisääntyvää dialogisuutta, vastuuttamista ja yhteistyötä myös nuorten psykiatrisessa laitoshoidossa.

Vantaan kaupungin mielenterveyspalveluiden kehittämisohjelmassa vuosille 2008-2010 mainittiin ongelmana muun muassa henkilökunnan koulutuspuutteet. Varsinkin hoitomuotoihin koettiin tarvittavan lisäkoulutusta, sillä koettiin, että hoito on sattumanvaraista ja mahdollisesti arvo-/kulttuurisidonnaista, mikäli yhteisiä linjoja ei ole. (Vantaan kaupunki 2008.) Kokemuksemme mukaan hoitokulttuureita voi olla erilaisia niin työpaikan sisällä kuin eri toimipisteiden välilläkin. Hoitokulttuureiden väliset erot voivat tulla näkyviksi esimerkiksi potilaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen tai potilaan omahoitajan vaihtuessa. Erojen lisäksi myös hoitokulttuurin liika työpaikkakohtainen yhteneväisyys voi muodostua ongelmalliseksi, mikäli yhteiset vakiintuneet toimintamallit sulkevat pois hoitotyön uuden tutkimustiedon ja jättävät työyhteisöön vanhentuneita toimintamalleja. Työpaikan kulttuurin ja arvojen erot voivat näkyä esimerkiksi siten, että osastolla A arvostetaan rauhallisuutta ja järjestystä, joita edistetään häiriöksi olevan potilaan eristämällä, kun taas osastolla B arvostetaan potilaan oikeuksia ja itsensä toteuttamista, jolloin meluavan potilaan kanssa pyritään dialogiin ja pohditaan yhdessä ratkaisuja.

Osa poissuljetuista tutkimuksista sisälsi mielenkiintoisia ja puhuttelevia tuloksia. Malcolm L. Smithin ja Karen Myers Bowmanin yhdysvaltalais-tutkimuksessa *The Restraint Spiral: Emergent Themes in the Perceptions of the Physical Restraint of Juveniles* (2009) haastatellut rangaistuslaitoksen nuoret näkivät kaikki kiinnipidon negatiivisena tekijänä elämässään ja yksi haastatteluista nuorista kertoi arvelevansa kiinnipidon syyksi henkilökunnan halun satuttaa nuoria, koska nämä eivät pidä nuorista. Tietoa ei kuitenkaan voida sisällyttää tämän kirjallisuuskatsauksen varsinaisiin tuloksiin, sillä rangaistuslaitoksen olosuhteet, haastateltujen väkivaltausta ja psyykkinen vointi sekä Yhdysvaltain lainsäädäntö ja kulttuuri kiinnipitojen suhteen eivät ole sovellettavissa tutkimusaiheeseemme. Hoitotyön näkökulmasta on kuitenkin suorastaan hälyttävää, mikäli nuori kokee kiinnipitäjän haluavan aiheuttaa nuorelle kipua, emmekä voi täysin sulkea tämän ajatusmallin mahdollisuutta myöskään Suomessa toteutettavista nuor-

ten kiinnipidoista psykiatrisessa hoitoympäristössä. Myös tästä näkökulmasta olisi tärkeää kouluttaa hoitohenkilöstöä asialliseen, ilman kipua suoritettavaan kiinnipitoon. Tämä poissulkemamme tutkimus vahvistaa käsitystä siitä, että nuorten kokemusta kiinnipidosta olisi ehdottomasti tutkittava, mikäli halutaan toteuttaa eettisesti ja hoitotieteellisesti tarkasteltuna kestävää hoitotyötä.

Tutkimuksiin ja alan kirjallisuuteen perehtyminen opinnäytetyön laatimisen aikana nostatti ajatuksia nuorten kiinnipidon eettisyydestä. Emme löytäneet yksiselitteistä näyttöä kiinnipidon hyödyistä hoidollisena menetelmänä, mutta useammassa lähteessä (mm. Heiskanen 2004, Hottinen 2013, Smith & Bowman 2009) mainittiin kiinnipidon aiheuttama pelko ja kipu. Kiinnipitoa on kuitenkin vaikea kuvitella täysin korvattavan millään muulla menetelmällä, sillä kiinnipitotilanteet voivat olla äkillisiä ja pohjimmiltaan niiden tarkoitus on suojella sekä potilaan että muiden läsnäolijoiden turvallisuutta. Nuorten omia ehdotuksia kiinnipidon ja sitomisen korvaamisesta tai kehittämisestä tulisi ehdottomasti kuulla, koska kiinnipidon hoidolliset vaikutukset voivat olla löytämämme tutkimustiedon perusteella haitallisia.

Nuoren kasvu on samalla voimakasta kehittymistä ja ajoittaista taantumista. Taantuminen tuo nuorelle uudelleen työstettäväksi lapsuudenaikaiset onnistumiset ja epäonnistumiset sekä traumat. (Aalberg & Siimes 2007: 67.) Aiemman elämän traumojen aktivoituminen nuoruusiässä voi tehdä nuoren erityisen herkäksi pakkokeinojen ja voimankäytön suhteen. Tämä tukee tutkimuksessa 3 esiin noussutta nuorten kuvausta kiinnipidosta aiempien väkivaltakokemusten aktivoijana.

Paula Heiskasen kirjassa *Kiinnipito lastenpsykiatriassa* (2004) nousee vahvasti esiin, että kiinnipito edellyttää hoitajalta erityistä eettistä herkkyyttä ja ammattitaitoa. Kiinnipito voidaan perustella lastenpsykiatrisessa hoidossa vain kun muut keinot eivät tehoa. Heiskasen toteuttaman tutkimuksen yksi keskeinen tutkimustulos oli, että kiinnipito on lapsille kipukokemus. Jouduimme poissulkemaan tutkimuksen sen iän ja tutkittujen ikäjakauman perusteella, mutta tutkimukseen perehtyminen vahvisti käsitystä siitä, että lapset ja nuoret kokevat kipua kiinnipitotilanteessa.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Erityisen vaikeahoitoisten alaikäisten psykiatrisen tutkimus- ja hoitoyksikkö (EVA) hoitaa aggressiivisesti oireilevia alaikäisiä. Osastolla on kehitetty aggressionhallinnan prosessi, johon kuuluu kahdeksan vaihetta. Ensimmäinen vaihe on tilojen asianmukaisuus eli osaston tilat on sisustettu mahdollisimman turvallisiksi, esimerkiksi peilit on upotettu seiniin. Toiseksi osastolle tullessa pyritään minimoimaan riskejä metallinpaljastimen läpi kulkemisella ja säilyttämällä osaa tavaroista lukituissa tiloissa. Kolmas vaihe on väkivaltakäyttäytymisen riskin arviointi, joka tehdään mahdollisimman laajasti ja kattavasti. Jokaisen nuoren hoito alkaa kahden kuukauden tutkimusjaksolla, jonka aikana tehdään havaintoja

osastokäyttäytymisestä sekä strukturoitu väkivaltariskin arvio SAVRY sekä psykologisia tutkimuksia ja toimintaterapeutin arvio. Neljäntenä pyritään tukemaan rauhallisena pysymistä aikuisten riittävällä läsnäololla, mallilla ja opastuksella. Viidentenä vaiheena on johdonmukainen vastaaminen aggressiivisuuteen ajoissa. Varhaisella puuttumisella pyritään estämään tilanteiden eskaloituminen väkivallaksi. Kuudes tekijä on tarvittaessa fyysinen väliintulo, jona osastolla käytetään AHHA-menetelmää. Jokaista kiinnipitoa seuraa prosessin seitsemäs vaihe eli jälkipuinti nuoren kanssa siihen suunniteltua lomaketta käyttäen sekä työryhmän kesken. Viimeisenä eli kahdeksantena vaiheena on jatkuva kehittäminen, joka sisältää koulutusta, tutkimusta ja arjen oppimista. (ks. Röning 2013: 217-219.)

EVA-yksikön mallissa on monia tässä opinnäytetyössä aiemmin esiin nousseita tekijöitä, kuten ennaltaehkäisy, strukturoitu väkivaltariskin arviointi sekä johdonmukainen fyysisen väliintulon menetelmä. Malli tuo vahvasti esiin ennakkointia. Myös AVEKKI- ja MAPA-menetelmät painottavat ennakkointia väkivaltatilanteiden ehkäisemiseksi. Väkivaltatilanteiden mahdollinen ennaltaehkäisy edellyttää henkilökunnalta sitoutuneisuutta, aktiivisuutta ja tahtotilaa nuoren väkivallattomuuden tukemiseen.

Tutkimuksessa 3 haastatteluista viidestätoista nuoresta vain kolme oli käynyt purkukeskustelun tapahtuneen fyysisen rajoittamisen jälkeen. EVA-yksikön prosessissa purkukeskustelu käydään kaikkien kiinnipidettyjen nuorten kanssa, mikä voi antaa nuorelle työkaluja hahmottaa tapahtunutta ja omaa toimintaansa sekä mahdollisuuden antaa palautetta henkilökunnalle. Teoreettisessa viitekehyksessä tuomme esiin nuorten haasteet hahmottaa omaa toimintaa ja säädellä tunteita, minkä kehittämistä purkukeskustelu voi tukea.

Lähteet

Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tutkimukset

Hottinen, A. 2013. Containment measures in adolescent psychiatric care - focus on mechanical restraint. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 2012/25.
<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/87684/AnnalesD1052HottinenDISS.pdf?sequence=1>

Hottinen, A., Joffe, G., Lindberg, N., Noda, T., Putkonen, H., Sailas, E. & Välimäki, M. 2011. Attitudes towards different containment measures: a questionnaire survey in Finnish adolescent psychiatry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2012/19.
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f1ca3f91-1478-4199-a858-8a3ee9e2da79%40sessionmgr4005&vid=1&hid=4106>

Barzilay, A., Cohen, D., Giner, L., Leibovik, V., Mitrany, M., Shoval, G., Vishnivetsky, S., Volovick, L., Weizman, A. & Zalsman, G. 2013. Seclusion room vs. physical restraint in an adolescent inpatient setting: patients' attitudes. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 50.1.
<http://search.proquest.com/docview/1545816772/fulltextPDF?accountid=12003>

Muut lähteet

Aalberg, V. & Siimes, M. A. 2007. Lapsesta aikuiseksi: Nuoren kypsyminen naiseksi tai mieheksi. Kustannusosakeyhtiö Nemo: Helsinki.

Aalto-Setälä, T. 2010. Nuorten mielenterveyden häiriöt. Nuorten hyvin- ja pahoinvointi, konsensuskokous 2010. Suomen lääkäriseura Duodecim. Vammalan kirjapaino Oy: Vammala.

Bartel, P., Borum, R. & Forth, A. Suom. Kaltiala-Heino, R. 2005. SAVRY - strukturoitu nuoruusikäisten väkivaltariskin arviointimenetelmä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 7/2005. Tampereen yliopistopaino Oy: Tampere.

Bowman, K. M. & Smith, M. L. 2009. The Restraint Spiral: Emergent Themes in the Perceptions of the Physical Restraint of Juveniles. *Child Welfare League of America* VOL. 88, issue 3 57-82.

Ebeling, H., Henttonen, A., Hokkanen, T., Kataja, H., Marttunen, M. & Tuominen, T. 2004. Nuorten käytöshäiriöiden arviointi ja hoito. *Duodecim* 2004;120. Viitattu 16.3.2015.
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo94011.pdf>

Eirola, R., Friis, L. & Mannonen, M. 2004. Lasten ja nuorten mielenterveystyö. WSOY: Vantaa.

Fi-turvallisuuskoulutus. AVEKKI. Viitattu 4.3.2015. www.turvallisuuskoulutus.fi/avekki.php

Heiskanen, P. 2004. Kiinnipito lastenpsykiatriassa. Media Doc Oy: Jyväskylä.

Hottinen, A., Joffe, G., Lindberg, N., Noda, T., Putkonen, H., Sailas, E. & Välimäki, M. 2011. Attitudes towards different containment measures: a questionnaire survey in Finnish adolescent psychiatry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2012/19. Viitattu 2.2.2015.
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f1ca3f91-1478-4199-a858-8a3ee9e2da79%40sessionmgr4005&vid=1&hid=4106>

Huurre, T., Marttunen, M., Strandholm, T. & Viialainen, R. (toim). 2013. Nuorten mielenterveyshäiriöt - opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy: Tampere. Viitattu 16.7.2014.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110484/THL_OPA025_2013.pdf?sequence=1

Kajaanin ammattikorkeakoulu. Laadullisen aineiston analyysi ja tulkinta. Viitattu 16.3.2015.
www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Laadullisen-analyysi-ja-tulkinta

Kaltiala-Heino, R., Lindber, N. & Ritakallio, M. 2008. Nuorten mielenterveyden häiriöt ja väkivaltainen käyttäytyminen. Suomen lääkärilehti 49/2008 vsk 63. Viitattu 16.3.2015.
<http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2008/SLL492008-4321.pdf>

Korhonen, V. & Marttunen, M. 2006. Mielialan vaihtelut ja mielialahäiriöt. Teoksessa Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Duodecim. Kustannus Oy Duodecim: Hämeenlinna.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lastensuojelulaki 13.4.2007/417.

Laukkanen, E. 2006. Todellisuudentajun häiriöt. Teoksessa Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Duodecim. Kustannus Oy Duodecim: Hämeenlinna.

Laukkanen, E. & Pylkkänen, K. 2011. Nuoret eivät pelkää hakeutua mielenterveyspalveluihin. Suomen lääkärilehti 33/2011 vsk 66. Viitattu 20.07.2014.
<http://www.fimnet.fi.nelli.laurea.fi/cl/laakarilehti/pdf/2011/SLL332011-2316.pdf>

MAPA-Finland. Koulutusta sosiaali- ja terveysalalle. Viitattu 4.3.2015.
www.mapafinland.fi/toiminta

Marttunen, M. 2006. Itsetuhoinen käyttäytyminen. Teoksessa Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Duodecim. Kustannus Oy Duodecim: Hämeenlinna.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Pylkkänen, K. 2006. Nuorisopsykiatrian kehitys Suomessa. Teoksessa Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Duodecim. Kustannus Oy Duodecim: Hämeenlinna.

Röning, T. 2013. Aggressiivisesti käyttäytyvien nuorten hoitomenetelmiä. Teoksessa Lapsen ja nuoren viha. PS-Kustannus: Juva.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Vaasan yliopisto. Vaasa.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (A). 2011. Mielen hyvinvointi. Viitattu 20.07.2014.
<http://www.thl.fi/fi/aiheet/tietopaketit/terveyden-ja-hyvinvoinnin-edistaminen-ammattillisessa-koulutuksessa/mielen-hyvinvointi>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (B). Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet. Viitattu 4.3.2015.
<http://uusi.sotkanet.fi/taulukko/Yw3/106,107,108,109,110,111,112,113,114/3/3A/0/>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittelyminen Suomessa. Viitattu 3.2.2015.
http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Uusitalo, T. 2005. Hallittua kiinnipitoa. Sairaanhoidajaliiton verkkosivut. Viitattu 26.8.2014.
https://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidajalehti/6-7_2005/muut_artikkelit/perioperatiivisten_sairaanhoidaj/

Vantaalaisen hyvä mieli. 2008. Vantaan kaupungin ja Hyks-sairaanhoidoalueen mielenterveyspalvelujen kehittämisohjelma 2008-2010. Vantaan kaupungin paino. Viitattu 20.07.2014.
http://www.vantaa.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/vantaa/embeds/vantaawwwstructure/32472_vantaalaisen_hyva_mieli_net.pdf

Verkkotoimitus. 2012. Kiinnipitäminen. Lastensuojelun käsikirja. Sosiaaliportti.
<http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/lastensuojelukasikirja/tyoprosessi/sijaishuolto/rajoitustoimenpiteet/kiinnipitaminen/>

Taulukot

Taulukko 1: Nuorisopsykiatria Suomessa (THL (B))	8
Taulukko 2: Hottinen 2013	20
Taulukko 3: Barzilay ym. 2013.....	20
Taulukko 4: Hottinen ym. 2011.....	20

Liitteet

Liite 1: Aineiston haut	33
Liite 2: Tutkijantaulukko	37

Liite 1: Aineiston haut

Tietokanta	Hakusanat	Rajoitukset	Viitteiden lukumäärä	Otsikoiden perusteella valittu	Tiivistelmän perusteella valittu	Tekstin perusteella valittu
Aleksi	Nuor* AND psykiatri* AND kiinnipit*	2005-2015	0	0	0	0
Arto	Nuor? AND psykiatri? AND kiinnipit?	2005-2015	0	0	0	0
	Nuor? AND hoito? AND fyysi? AND rajoit?	2005-2015	0	0	0	0
CINAHL advanced	Psychiatry AND physical restraint AND (young OR adolescent)	2005-2015, ikä 13-18	44 052	-	-	-
	Psychiatry AND physical restraint AND (young OR adolescent) AND experience	2005-2015, ikä 13-18, kieli englanti, sijainti Eurooppa	10 790	-	-	-
CINAHL with full text (EBSCO)	ABSTRACTS: adolescent AND restraints	-	13	1	0	0
	ABSTRACT: (young OR adolescent) AND ("involuntary care" OR inpatient) AND (psychiatry OR "mental illness") ALL FIELDS: seclusion OR isolation OR confinement	-	0	0	0	0
	ABSTRACT: (young OR adolescent) AND ("involuntary care" OR inpatient) AND	-	40	1	1	1

	(psychiatry OR "men- tal ill- ness")					
	Adolescent AND psy- chiatr? AND "phys- ical re- strain"	-	198	16	4	1
Google scholar	Nuori AND psykiatria AND kiin- nipito	2005-2015	85	3	1	0
	Nuori AND "fyysinen rajoittami- nen" AND mielenter- veys AND psykiatria	2005-2015	20	0	0	0
	Young AND adolescent AND psy- chiatry AND re- strain AND experience NOT diabe- tes NOT rats NOT diet NOT eating	2005-2015	17 700	-	-	-
	Young AND adolescent AND psy- chiatry AND "phys- ical re- strain" NOT diabe- tes NOT rats NOT diet NOT eating	2005-2015	9	2	1	0
Laurus	Nuor? AND psykiatri? AND fyysi? AND rajoit?	2005-2015	3	1	0	0
Medic	Adolescent AND psy- chiatr* AND "phys- ical re- straint" NOT diabe- tes	2005-2015	3	2	1	1
	Nuor* AND psykiatr* AND fyysi* rajoit*	2005-2015	9	2	1	1
	Nuor* AND psykiatr* AND kiin-	2005-2015	0	0	0	0

	nipit*					
Nelli moni- haku, sosi- aali- ja ter- veysala	Nuor* AND kiinnipit*	-	22	3	0	0
Ovid Medli- ne	Young* AND physi- cal re- strain* AND psychiatry	2005-2015, ihmiset, kieli englanti, ikä 13-18	9	0	0	0
ProQuest advanced	Young AND (adoles- cent OR adoles- cence) AND (phys- ical re- strain OR holding) AND psy- chiatry	2005-2015, kieli englanti, ikä 13-17, sairaala- potilaat	13	0	0	0
ProQuest	Adolescent AND psy- chiatry AND "phys- ical re- strain" AND inpa- tient	2005-2015, kieli englanti	197	5	2	1
PsycARTI- CLES Pro- Quest	(adoles- cent OR young) AND (re- strain OR seclusion) AND (inpa- tient OR involuntary care)	-	147	9	3	0
	ABSTRACT: (young OR adoles- cent) AND (restrain OR hold- ing)	2005->	11	0	0	0
	ABSTRACT: (physical restrain) AND (young OR adoles- cent)	2005->	0	0	0	0
SAGE jour- nals - ad- vanced search	"Involuntary care" AND seclusion AND isola- tion AND adolescent AND "men- tal illness"	2005-2015	0	0	0	0
	"Involuntary care" OR seclusion	2005-2015	9071	-	-	-

	OR isolation OR adolescent OR "mental illness"					
	"Involuntary care" AND adolescent AND (isolation OR seclusion) AND "mental illness"	2005-2015	1	1	0	0
	(Young OR adolescent) AND (restraint OR seclusion) AND (inpatient OR "involuntary care") AND ("mental illness" OR psychiatry)	2005-2015	243	8	2	0
	KEY WORDS: (restraint OR seclusion) AND (young OR adolescent) AND ("mental illness" OR psychiatry), ALL FIELDS: ("involuntary care" OR inpatient) NOT diabetes NOT anorexia NOT delirium	2000-2015	0	0	0	0
	KEY WORDS: (restraint OR seclusion) AND (young OR adolescent) AND ("mental illness" OR psychiatry), ALL FIELDS: ("involuntary care" OR inpatient)	2000-2015	0	0	0	0

Liite 2: Tutkijantaulukko

Tutkimuksen nro	Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tekijät, paikka ja vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Aineiston keräys	Keskeiset tulokset
1	Containment measures in adolescent psychiatric care - focus on mechanical restraint	Anja Hotinen. Suomi. 2009-2012.	Kuvata ja syventää tietoa rajoitetoimien, erityisesti sitomisen, käytöstä nuorisopsykiatrisessa vastentahtoisessa osastohoidossa	Kyselytutkimus ja puolistrukturoitu haastattelu 15-17-vuotiailta psykiatrisen avo- ja suljetun osastojen nuorille, -asenteet rajoittamistoimenpiteisiin, n=81 -kokemukset sitomisesta, n=15	Nuorisopsykiatriset potilaat suhtautuvat rajoittamiseen kielteisemmin kuin henkilökunta. Hyväksytyimpiä menetelmiä nuorten mielestä olivat tarvittava lääkitys, ajoittainen tarkkailu ja kulun rajoittaminen. Nuorilla oli sitomisesta sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia.
2	Seclusion Room vs. Physical Restraint in an Adolescent Inpatient Setting: Patients' Attitudes	Sergey Vishnivetsky, Gal Shoval, Vadim Leibovik, Lucas Giner, Marcel Mitrany, Dorit Cohen, Aliza Barzilay, Louisa Volovick, Abraham Weizman, Gil Zalsman. Israel. Julkaistu 2013.	Tutkia nuorisopsykiatristen suljetun osastojen potilaiden asenteita fyysisestä liikkumisen rajoittamisesta kohtaan	Strukturoitu kysely 13-24-vuotiaille psykiatrisen osaston nuorille, n=50	Useimmat nuoret kokivat huoneeristyksen sitomisesta parempana vaihtoehtona
3	Underaged Patients' Opinions Toward Different Containment Measures: A Questionnaire Survey in Finnish Adolescent Psychiatry	Anja Hotinen, Maritta Välimäki, Eila Saitas, Hanna Putkonen, Grigori Joffe, Toshie Noda, Nina Lindberg. Suomi. 2011.	Tutkia nuorten osastopotilaiden asenteita eri rajoittamismenetelmiä kohtaan suhteessa henkilökunnan asenteisiin	Kyselytutkimus 15-17-vuotiaille psykiatrisen osaston potilaille, n=81	Nuoret olivat kriittisempiä kaikkien rajoittamismenetelmien suhteen kuin henkilökunta.